



Lane Medical Lib

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE — PROFESSEUR M. ROCH

LES
Aggravations de la Paralysie Générale
par la Malariathérapie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. PRASZKIER

de WLOCLAWEK (Pologne)

NEWYORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR -5 1931
LIBRARY

GENÈVE

Imprimerie Coopérative "UNION"

Rue Marziano, 31

1930

Thèse No 1349

u y p

LES
Aggravations de la Paralyse Générale
par la Malariathérapie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. PRASZKIER

de WLOCLAWEK (Pologne)

GENÈVE

Imprimerie Coopérative "UNION"

Rue Marziano, 31

1930

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
M. le Professeur Roch, autorise l'impression de la pré-
sente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur
les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 12 septembre 1930.

Le Doyen :

Prof. : Eug. Bujard

A MES CHERS PARENTS

En témoignage
de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à exprimer mes remerciements à Monsieur le Professeur M. Roch, dans le service duquel cette thèse a été élaborée, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant nos études et de ce qu'il a bien voulu nous suggérer le sujet de la présente thèse.

Les Aggravations de la Paralyse générale par la Malariathérapie

I

HISTORIQUE

Depuis longtemps déjà, de nombreux médecins d'asiles d'aliénés avaient été frappés de l'influence bienfaisante d'un érysipèle, d'une fièvre typhoïde, d'un phlegmon ou d'une autre affection fébrile sur la paralysie générale. C'est de l'observation de ces faits curieux et encore inexplicables qu'est née cette thérapeutique de la paralysie générale par la pyrétothérapie. Jusqu'à présent, cette méthode n'est pas encore sortie du domaine empirique ; les causes de ses succès nous échappent, de même que les raisons de ses échecs. Pour créer une pyrexie, plusieurs moyens ont été employés : la tuberculine, l'abcès de fixation, les injections de nucléinate de soude, l'inoculation du typhus récurrent, etc.. Mais bientôt, on a reconnu l'action quasi spécifique du paludisme sur la paralysie générale. D'où la malariathérapie.

En 1887, Wagner von Jauregg a commencé le traitement de la paralysie générale par les injections de tuberculine de Koch à des doses de 0,005 allant jusqu'à 0,01. Il a obtenu avec cette méthode des résultats fournissant 23 à 26 % d'amélioration. Cette méthode a été ensuite appliquée par Pilcz en Autriche, par Anglade et A. Marie en France. Il faut signaler que, cependant, déjà en 1864, un médecin russe d'Odessa, Rosenblum, eut l'idée d'inoculer le typhus récurrent dans ce but.

En 1913, Legrain avait émis l'idée d'inoculer le paludisme aux paralytiques généraux, à titre thérapeutique.

Mais ce n'est qu'avec les remarquables travaux de Wagner von Jauregg en 1917, que la malariathérapie acquiert droit de cité en clinique. A la faveur de ses heureux résultats, la méthode se répand dans tous les pays; en Autriche, en Allemagne, en Pologne, en Angleterre, en Amérique et, pour finir, en France.

RÉSULTATS DE LA MALARIATHÉRAPIE

De nombreuses statistiques ont été publiées par les auteurs qui ont mis en œuvre cette thérapie. Les succès fournis par ce traitement sont très variables, pour deux raisons :

1. Différence de l'ancienneté de l'affection et par conséquent de la gravité des cas.
2. Par l'appréciation complètement arbitraire des améliorations et rémissions obtenues.

Parmi les statistiques les plus importantes, nous signalons :

La statistique de Wagner von Jauregg qui est la plus importante puisqu'elle porte sur 2000 cas depuis 1917. Les résultats obtenus par cet auteur sont: 31,9 % de rémissions complètes et 10,4 % de rémissions incomplètes.

La statistique de Kirschbaum pour 196 cas traités donne 31 % de rémissions complètes et 32 % de rémissions incomplètes.

Signalons encore la statistique importante de Claude, Targowla et Cénac. Ils obtiennent sur 121 paralysies générales impaludées, 58 cas de rémissions dont 41 complètes, ce qui donne 33,8 % de rémissions complètes.

En résumant les résultats obtenus par de nombreux auteurs de différents pays, on arrive à la conclusion que les succès enregistrés s'inscrivent sur une échelle allant de 25 à 50 % des cas traités.

L'ACTION DE LA MALARIATHÉRAPIE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Cette action, pour être efficace, doit porter sur les trois catégories de symptômes que présente la paralysie générale:

1. Symptômes psychiques,
2. Symptômes neurologiques,
3. Symptômes humoraux.

C'est sur les troubles psychiques que l'action de la malarithérapie est la plus manifeste. Immédiatement après les accès fébriles, on peut constater, dans la plupart des cas, une disparition ou atténuation des idées délirantes. Souvent le malade ne conserve pas même le souvenir de ses conceptions mégalomaniaques. Mais, dans certains cas, il se souvient de son délire et il est très gêné quand on le lui rappelle, tant il trouve ces idées absurdes.

La mémoire réapparaît peu à peu. La désorientation dans le temps et l'espace régresse. L'effort intellectuel devient plus facile. La régression des troubles psychiques est parfois complète, et dans bien des cas on observe une récupération totale de l'activité intellectuelle.

Beaucoup de malades ont pu reprendre leur profession et certains d'entre eux ont entrepris avec succès un autre métier, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas simplement d'une reprise de l'automatisme professionnel.

Sur les symptômes neurologiques, l'action de la malarithérapie est beaucoup moins accentuée. On observe, cependant, une atténuation de la dysarthrie. Les tremblements

diminuent d'intensité. L'écriture s'améliore dans une certaine mesure. Le signe d'Argyll-Robertson peut devenir négatif. Sur le syndrome humoral, l'action de l'impaludation est très réduite. Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien reste généralement positif, de même que la réaction du benjoin colloïdal. Par contre, l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien et, surtout, la lymphocytose sont très favorablement influencées par la malariathérapie.

La malariathérapie n'est pas le seul traitement préconisé actuellement, le traitement par le stovarsol sodique étant très en faveur en France. Les succès enregistrés par ce traitement sont très variables.

La statistique présentée par Sézary et Barbé donne des résultats presque identiques aux résultats obtenus par la malariathérapie. Mais les statistiques des autres auteurs sont beaucoup moins favorables pour le stovarsol. Ce n'est pas le but de notre travail de démontrer la valeur exacte de ce traitement. Mais ce que nous pouvons dire, c'est qu'il existe beaucoup moins de contre-indications pour le stovarsol que pour la malariathérapie.

Les affaiblis, les cardiaques, les brightiques, où la malariathérapie est formellement contre-indiquée, pourront bénéficier du traitement par le stovarsol.

En outre, les accidents attribuables au paludisme sont assez nombreux. A part les décès qui sont dus probablement à l'hyperthermie provoquée par la malaria, on peut constater des aggravations de la paralysie générale, attribuables à la malariathérapie. Ces aggravations ont déjà été citées par différents auteurs; mais, pour rendre la malaria responsable de tous ces troubles observés après l'impaludation, il nous faut résumer rapidement l'évolution de la Paralysie générale: alors seulement, on pourra se rendre compte dans quelle mesure elle a contribué à l'aggravation de la maladie.

EVOLUTION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

On peut diviser l'évolution de la paralysie générale en trois étapes:

- 1) Période prodromique ou préparalytique.
- 2) Période d'état.
- 3) Période cachectique ou terminale.

Dans la période prodromique, c'est en général les symptômes psychiques qui attirent l'attention de l'entourage sur le malade, qui devient susceptible, irritable. Il n'a plus de suite dans les idées, il devient inapte à son travail. Il y a un affaiblissement de l'intelligence et une diminution de la mémoire. Au point de vue des symptômes moteurs, on peut observer un imperceptible tremblement des lèvres, un léger embarras de la parole et un peu d'innégalité pupillaire. Les mouvements deviennent maladroits, l'écriture est tremblée. Dans la période d'état, il y a une exagération de tous les symptômes décrits dans la période de début, et on trouve de nouveaux signes surajoutés aux précédents. L'affaiblissement des facultés intellectuelles, des facultés morales et affectives est beaucoup plus accentué ici. Différentes variétés de délire font leur apparition : délire des grandeurs, délire d'indignité, délire hypochondriaque, etc.

Les troubles moteurs évoluent en général insidieusement, mais peuvent subir, de temps en temps, des aggravations subites, suites de petits ictus. Au même titre, les troubles intellectuels qui, en général, suivent leur chemin lentement et aboutissent finalement à la déchéance complète caractérisant la période terminale, peuvent brûler des étapes et présenter des aggravations subites.

De même que des aggravations, des rémissions spontanées sont bien connues. Elles expliquent bien la vogue de certaines médications, dont les succès ne sont dus qu'aux rémissions spontanées qui, par hasard, ont suivi tel ou tel traitement. L'évolution de cette maladie est donc parfois capricieuse, elle se produit par poussées.

Finalement, la paralysie générale aboutit, dans la période terminale, à une déchéance physique et intellectuelle des plus complètes; période pendant laquelle le malade paraît ne plus pouvoir bénéficier d'aucune thérapeutique.

LES AGGRAVATIONS de la MALARIATHÉRAPIE

L'influence nocive de la malariathérapie peut être constatée parfois déjà pendant les premiers accès fébriles. Ici, c'est le délire qui joue le principal rôle. Il se différencie du simple délire des fébricitants par le manque d'éléments fantastiques. Il se rapproche du type de délire qu'on rencontre dans certaines lésions organiques du cerveau (Schilder).

La seconde preuve que ce délire est dû à une réaction du cerveau du paralytique général contre la malaria, est que les parkinsoniens, les déments précoces impaludés, n'ont jamais présenté de réaction pareille. Ce délire est entrecoupé de périodes de lucidité. Le malade se comporte d'abord comme un confus avec délire post-onirique; puis il peut s'installer un état rappelant la psychose hallucinatoire chronique. On peut alors voir apparaître des hallucinations auditives élémentaires ou de caractère complexe (Gerstmann). Le malade entend des voix; il a des illusions du toucher, des hallucinations visuelles, etc.

Parfois le tableau clinique de la paralysie générale change complètement et le malade évolue comme s'il était atteint d'une toute autre affection mentale. Les hallucinations prennent le caractère de celles que présentent les schizophrènes, les intoxiqués chroniques (alcool, cocaïne, etc.),

ou bien les syphilitiques tertiaires. Elles trouvent leur origine dans une excitation externe, mais parfois on les observe même sans excitation. La durée de ces manifestations est variable. Parfois elles sont temporaires, mais souvent elles se stabilisent et deviennent chroniques. Cette transformation du tableau clinique de la paralysie générale en syndrome hallucinatoire ou psychotique a été observée à la suite du traitement par la résection ou par le typhus récurrent (Wagner von Jauregg).

Fischer a cité un cas analogue dû au nucléinate de soude.

L'influence de la malariathérapie ne se limite pas seulement au psychisme du malade, mais peut encore avoir d'autres conséquences. Le cas de Markuszewicz est si caractéristique qu'il nous semble intéressant de le relater : Un homme de 57 ans qui présentait les symptômes classiques de la paralysie générale est soumis à la malariathérapie. Deux mois après le traitement, le malade présente un syndrome hallucinatoire, en même temps qu'apparaissent sur le front et le thorax des gommes syphilitiques. De même, Schultze signale en 1925 trois cas où, un certain temps après l'impaludation, des formations de syphilis tertiaire ont apparu. Pfeiffer publie aussi un cas où un paralytique général, après avoir changé son tableau clinique, par suite de la malariathérapie, en syndrome catatonique, a vu apparaître chez lui, en outre, des gommes syphilitiques. Wagner von Jauregg relate un cas où, quelques jours après l'impaludation, apparaissent l'aphasie, l'agraphie et des convulsions du type jacksonien, localisées sur le trajet du nerf facial droit et au bras droit. Après un traitement par le savarsan et le iodure de potassium, la guérison est complète. Une récurrence survient quelques mois plus tard et cette fois également, un traitement spécifique fait disparaître les accidents.

Les auteurs français, eux aussi, ont observé des troubles survenus après l'impaludation. Bancel et Ville-Diezeseret présentent un cas de syndrome hallucinatoire à la suite du

traitement par le paludisme. L'hallucination trouve ici son origine dans la crise de confusion et d'ouirisme.

Kirschbaum publie aussi un cas très intéressant, quoique d'aggravation tardive, après le traitement par la malaria. Pour bien illustrer ce cas, nous reproduisons l'observation de cet auteur :

« Homme âgé de 33 ans. Affection syphilitique probable en 1914. Traité pendant la guerre par traitement mixte (de salvarsan et mercure). En été 1923, affaiblissement de la mémoire. Il devient indifférent. Son état le force de quitter le poste de professeur de mathématiques et de sciences naturelles. Au mois d'août 1923, le malade devient très nerveux, menace son entourage, et présente des idées mégalomaniaques. Il a des projets stupides, vante sa force, se croit grand inventeur. Euphorie, perte d'autocritique et insomnie. Dans cet état, il est amené à l'asile d'aliénés. Il y reste deux mois sans présenter aucun changement de son état mental. Le 13 octobre 1923, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de paralysie générale. A l'entrée on constate: Euphorie et indifférence complètes. Il n'a besoin de rien, il est destiné à faire la guerre sainte. Il vante ses qualités de mathématicien et physicien. Il prétend que du furoncle qui se trouve sur sa nuque sortent des mouches, des rats, des souris, etc.

Status: Homme de taille moyenne, poids de 60 kgs. Pâle, de petits furoncles sur la poitrine et sur la nuque. Les pupilles égales, un peu irrégulières. Réagissent bien à l'accomodation, mais paresseuses à la lumière. L'articulation des mots n'est pas très gênée. L'écriture est tremblée.

Liquide céphalo-rachidien :

Eléments: 18 lymphocytes.

Wassermann positif + + +.

Le 20 octobre, injection de sang malarique, le 26 octobre premier accès fébrile. Depuis, les accès se répètent tous les jours. Après 8 accès malariques, on coupe la fièvre par l'administration de quinine. Le malade

reprend du poids et pèse 8 ^{1 2} kgs de plus qu'à son entrée. On constate, en même temps, une diminution des idées de grandeur, mais il reste quand même un peu euphorique. Le malade se remet peu à peu et le 21 novembre il quitte l'hôpital bien amélioré. Le 8 février 1924, il écrit une lettre où il annonce qu'il a repris son ancien poste d'instituteur et se sent physiquement et psychiquement complètement guéri.

Le 29 mai 1924, le liquide céphalo-rachidien :

Wassermann : positif + + +

Pandy : positif +

Le Wassermann dans le sang est très positif. Le 7 avril 1925, dans une lettre, il se plaint de difficulté d'avaler et d'obstruction du pharynx nasal. Il a de la difficulté à parler. Il a consulté un spécialiste et demande l'avis du service.

Le 10 avril 1925, il entre de nouveau dans le service. On constate alors qu'il est en bon état de nutrition, pèse 85 kgs. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. A la paroi postérieure du pharynx, on voit une tumeur de la grandeur d'une pièce de 5 frs dont les bords sont élevés et de coloration rouge-brûnâtre. Le fond est très rouge. La voix est enrouée.

La ponction lombaire :

Wassermann : faiblement positif.

Eléments : 3 lymphocytes.

Le Wassermann dans le sang est positif. L'état psychique est bon. L'examen du spécialiste d'oto-rhino-laryngologie montre un ulcère sur la paroi postérieure de l'épipharynx avec une rougeur diffuse autour. Au microscope on reconnaît une gomme syphilitique typique. On conclut alors à une gomme syphilitique ramollie du pharynx. Le traitement spécifique par iodure de potassium et salvarsan fait rapidement disparaître la gomme.

Le 27 avril 1925, il n'en reste aucune trace. Le 23 juillet, le malade reprend son travail, complètement

guéri. Le Wassermann dans le sang reste positif. En résumé, il s'agit d'un paralytique général qui, après l'impaludation, s'est complètement remis. Mais 15 mois après le traitement apparaît une gomme syphilitique dans le pharynx, qui disparaît grâce au traitement spécifique. »

Les travaux de Kihn dans ce domaine sont très importants. Il a observé lui-même 28 cas qui, après l'impaludation, présentaient différents troubles. Parmi tous ces malades, deux étaient tabétiques et le reste paralytiques généraux. Il n'a jamais vu apparaître de troubles chez les paralytiques héréditaires. Il prétend aussi que les hallucinations sont rares chez les femmes. L'âge le plus favorable pour les hallucinations paraît être de 45 à 55 ans. Toutes les formes de paralysie générale peuvent, selon Kihn, donner des hallucinations après l'impaludation,

Non seulement les formes euphoriques, mais aussi les formes dépressives peuvent transformer radicalement leur tableau clinique pour donner lieu à des hallucinations atypiques et à d'autres accidents.

Krayenbühl dans sa thèse sur l'hallucinose consécutive à la malariathérapie, nous présente 8 cas où, après l'impaludation, la malade a subi une transformation atypique. Des hallucinations surtout auditives très intenses sont apparues. Les autres symptômes de la paralysie restaient chez ces malades stationnaires ou, au plus, s'atténuaient un peu. Mais il n'observait aucun cas dont la paralysie eût été guérie. L'état hallucinatoire de ces malades est devenu définitif.

Il n'a observé aucune amélioration. Les voix entendues par les malades proféraient des injures et des menaces. Parfois, elles traitaient des sujets tout à fait indifférents. Souvent les malades entendaient parler de l'infidélité de leur femme. Il est intéressant de noter que les voix appartenaient toujours aux proches parents.

En outre, on a également observé chez ces malades des hallucinations visuelles. Les hallucinations auditives et visuelles s'entremêlent parfois pour donner un tableau complet. Krayenbühl prétend que *chez presque tous ses malades, la tendance aux hallucinations se manifestait déjà avant l'impaludation*. Pour cet auteur, tous ces malades étaient des prédisposés, la malaria n'a fait que déclencher les accidents. On pourrait alors se demander si ces troubles ne seraient pas survenus sans la malaria.

Krayenbühl ne le croit pas, puisqu'on n'a jamais observé de hallucinations dans la forme décrite par lui chez les malades non traités par la malaria.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I. — (178)

Femme mariée, âgée de 30 ans. Pendant l'enfance, rougeole, scarlatine. A 15 ans, coxalgie droite qui lui laisse une ankylose totale de la hanche. Depuis lors, bonne santé habituelle. Mariée à 20 ans. Deux ans après le mariage, le mari s'est suicidé après avoir fait de la prison, où on aurait diagnostiqué une grave affection vénérienne. La femme n'a eu ni enfant, ni fausses couches. En 1921, à 21 ans, elle consulte un médecin pour des ulcérations vulvaires qui lui causent des douleurs intolérables. Le médecin trouvant le Wassermann dans le sang très positif, diagnostique la syphilis et conseille à la malade de se soigner sérieusement. On lui fait un traitement à l'onguent gris et une série de néosalvarsan. Elle n'a jamais eu aucune lésion cutanée, sauf une plaque rouge et squameuse sur la paume de la main droite. En 1925, nouveau traitement par néosalvarsan. Excellent état général jusqu'en 1927.

En 1927, elle souffre de troubles de la mémoire, ne peut fixer aucune idée, pleure sans raison et s'irrite facilement. Elle parle avec peine et doit interrompre son travail de bureau. Le médecin lui fait faire alors 3 cures de 7 gr. de néosalvarsan, après quoi la malade retrouve sa mémoire, mais le Wassermann reste positif et les troubles psychiques persistent.

Remariée en 1925, son mari fait la syphilis avec desquamation généralisée.

Elle entre dans le service le 14 janvier 1930. A ce moment, on constate : femme en bon état de nutrition, ayant une ankylose de la hanche droite. Elle présente un caractère un peu colérique et passe facilement de moments d'agitation à des moments de dépression. Elle n'a ni troubles de mémoire, ni altération du jugement, *aucune idée délirante*. Pupilles égales, un peu déformées dans leur moitié inférieure.

Pas de réaction à la lumière. Réaction lente à l'accommodation. Pas de nystagmus. Réflexes tendineux vifs. Babinski négatif. Réflexes cutanés — normaux —. Sensibilité douloureuse, tactile et thermique non modifiées. Pas de troubles de la notion de position. Tremblement à petites oscillations des extrémités. Autres appareils : rien de particulier.

Le 15 janvier : Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien clair.

Pression 58.

Eléments : 15 lymphocytes.

Albumine : 0,40.

Wassermann : positif + + +.

Pandy : positif +.

Wassermann dans le sang, également positif.

Conclusion : Paralyse générale.

Le 21 janvier, injection de 10 cc. de sang malarique par voie sous-cutanée (dans la région de l'omoplate gauche). Le 27 janvier, première poussée thermique. La malade est très agitée, nerveuse et colérique. Le 4 février, la fièvre monte à 40°, premier frisson. La malade est agitée, pleurs et rires stupides.

Le 15 février, la malade a eu 6 accès fébriles réguliers du type tierce. Les accès s'arrêtent spontanément. La malade est très diminuée psychiquement. Achoppement de la parole, rires et pleurs sans raison, elle se querelle avec les infirmières pour des causes futiles.

Le 21 février, nouvelle ponction lombaire.

Liquide : clair.

Eléments : 6 lymphocytes.

Albumine : 0,40.

Wassermann positif : + + +.

Pandy : +.

Wassermann dans le sang : positif.

La malade est très agitée. On a dû la transférer à l'isolement, où elle frappe sans cesse à la porte. Elle croit que tout le monde se moque d'elle. Hyperexcitabilité sexuelle. On institue les

traitements par néosalvarsan. Malgré les traitements spécifiques, l'état de la malade empire, elle ne mange plus et commence à maigrir. Au point de vue psychique, elle est dans la déchéance la plus complète, elle reste nue toute la journée sans se gêner aucunement.

Le 13 mars : Ponction lombaire : liquide clair.

Pression : 38.

Eléments : 4 lymphocytes.

Albumine : 0,30.

Wassermann positif : + + +.

Pandy : +.

Le Wassermann dans le sang est négatif.

Les troubles psychiques sont très-intenses. Idées délirantes. La malade croit qu'on veut la photographier. Refuse de s'alimenter.

Le 1^{er} avril, injection de 8 cc de sang malarique. Jusqu'au 24 avril, aucune réaction thermique.

Devant la persistance de l'état psychique, on est obligé de transférer la malade à l'asile d'aliénés. Le 24 avril 1930, à l'asile, on constate une amnésie de fixation : ne reconnaît pas le médecin qui l'a visitée le matin. Dysarthrie considérable. Mémoire très diminuée. Confusion. Idées délirantes, hallucinations auditives. Entend souvent des voix qui viennent à travers le mur. Prétend que son médecin traitant de l'hôpital cantonal était son second mari. Actuellement, elle est en divorce avec lui parce qu'ils ne s'accordent pas. Les voix lui parlent très souvent du médecin de l'Hôpital. Elle présente en outre de fausses reconnaissances. Elle prend le médecin de l'asile pour le médecin de l'hôpital. Elle veut divorcer parce que son mari est très jaloux. Précise bien la date.

Le 7 mai 1930, la dysarthrie est variable. Très marquée à l'entrée, n'apparaît actuellement qu'épisodiquement. Délire imaginatif. Raconte qu'on lui a fait une opération à l'hôpital sur la région anale et qu'elle a accouché de jumeaux, à l'un desquels elle a tordu le cou.

Les caractères de l'onirisme manquent à ce récit.

Le 10 mai 1930, dit avoir dans l'estomac une tête de ver

solitaire qui a mangé l'utérus. Prononce distinctement presque tous les mots.

Le 19 mai 1930, on constate une amélioration notable. Dit avoir été folle et avoir dit des bêtises. Elle sait qu'elle a eu des difficultés pour parler. Met tout cela sur le compte de la malaria. Dit après la malaria : " j'étais folle, j'étais méchante „.

Elle se fâche quand on lui mentionne ses idées de mariage avec le médecin de l'hôpital cantonal. Tout à coup elle se met à pleurer et dit que c'est de sa faute si elle est malade.

En résumé, il y a une amélioration, mais surtout dans le comportement. Elle a encore abondamment des idées délirantes et des hallucinations.

Paraît avoir une certaine conscience de la maladie. Beaucoup moins de troubles mentaux. Troubles de la mémoire diminués, et pas de grosses amnésies de fixation.

Le 24 mai 1930, la mère de la malade demande à reprendre sa fille à l'essai. Elle est rendue attentive à la responsabilité qu'elle assume, l'état de santé de sa fille, malgré la forte amélioration, nécessitant encore une surveillance constante. La malade quitte le service.

Le 2 juillet 1930, on revoit la malade et on constate que l'amélioration a fait des progrès notables.

Elle ne présente plus d'hallucinations ni d'idées délirantes. Elle paraît même absolument normale dans sa façon de se comporter.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'une paralytique générale qui présentait surtout des symptômes moteurs *presque sans troubles psychiques*.

Immédiatement après l'impaludation, le tableau clinique se transforme radicalement. Des troubles psychiques très intenses apparaissent, des idées délirantes, des hallucinations. La dysarthrie s'accroît et l'amnésie est presque complète, mais après un mois d'internement à l'asile d'aliénés, la malade sort nettement améliorée.

L'amélioration s'accroît encore après sa sortie.

l

ment,
monde

OBSERVATION II. — (1272-31)

Homme âgé de 38 ans, manœuvre. D'une bonne santé habituelle. Refusé au service militaire à cause de la petitesse de sa taille. Nie toute affection vénérienne. Alcoolisme avoué très considérable. Marié à 30 ans. Sa femme n'a pas eu de fausses couches. Un enfant en bonne santé. Depuis le début du mois d'octobre 1929, le malade aurait changé de caractère : excitation et dépression faciles. A plusieurs reprises, il tente de mettre fin à ses jours. La mémoire pour les faits récents est déficiente. Comme il ne boit pas depuis 6 mois, on ne peut attribuer tous ces troubles à l'alcoolisme. Il consulte le médecin de la polyclinique psychiatrique qui l'envoie dans notre service le 1^{er} novembre 1929.

Examen du malade : Homme de petite taille, en bon état de nutrition, pâle, regard vif mais fixant mal, pas de troubles dans la démarche, sauf un petit élargissement de la base de sustentation. Achoppement de la parole. Il présente des troubles de la mémoire (ne reconnaît pas le médecin qui l'a traité), mais conserve la mémoire des faits anciens. Calcule sans peine. Pas de déchéance psychique nette. Pas d'idée délirante. Les pupilles sont égales. La gauche a un contour un peu irrégulier. Elle réagit bien à la lumière et l'accommodation. La pupille droite réagit mal à la lumière, mais l'accommodation est bonne.

Réflexes tendineux : vifs.

Réflexes cutanés : vifs.

Babinski : négatif.

On ne constate pas de modification de la force musculaire. Le signe de Romberg est négatif. Les sensibilités, douloureuse, tactile et thermique sont conservées.

Examen du liquide céphalo-rachidien : liquide clair.

Pression ; 35

Albumine : 0,62

Eléments : 27 lymphocytes.

Wassermann : positif + + +

Pandy : positif +

Dans le sang le Wassermann est également positif.

D'après ces données, on pose le diagnostic de paralysie générale.

A l'hôpital, le malade dort mal, à son réveil, il tient des propos incohérents.

Le 13 novembre, on injecte 10 cc de sang malarique.

Le 25 novembre, le malade dort mieux. Il n'a pas d'idées délirantes. Il se plaint de céphalées et de brûlures dans l'estomac, survenant après le repas.

Le 1er décembre, le malade ne présente aucune réaction fébrile. Il se plaint toujours de brûlures gastriques. Il prétend ne pas dormir, ce qui est contesté par ses voisins qui déclarent qu'il dort très bien.

Le 13 décembre, on fait une nouvelle injection de 10 cc de sang malarique. Le 24 décembre, le malade fait le premier accès fébrile paludéen, avec frissons, transpiration et température élevée. Les accès malariques se succèdent. Il fait tous les deux jours un accès. Il les supporte très bien. Pendant les accès, la température monte à 41,2°.

Le 15 janvier, après 12 accès, on se décide à couper les poussées thermiques par 1 gramme de sulfate de quinine. Les jours suivants, la température tombe, et reste à la normale.

Le Wassermann dans le sang est positif. Le malade est amélioré au point de vue mémoire. Il n'est plus indifférent comme avant. Au contraire, il s'intéresse à tout, dans la vie de l'hôpital, et aide beaucoup dans la salle. Sa parole, quoique améliorée, reste encore achoppée.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, à gauche, mais mal à la lumière à droite. Les réflexes tendineux et cutanés sont vifs. Pas de Babinski.

En résumé, le status nerveux est identique au status d'entrée.

Le 21 janvier, on commence le traitement par le neosalvarsan. Le 31 janvier, vu son état toujours stable, et conformément à la demande du malade, on décide de le renvoyer chez lui.

Le 3 février 1930, il quitte le service.

Le 14 février, il nous revient.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade est très agité. On a eu beaucoup de peine à l'empêcher de se sauver à tous moments. A son entrée, on constate qu'il est complètement désorienté, dans le temps et dans l'espace. Essaye de partir et fait beaucoup de bruit. Sa conduite ne permet pas de le garder à l'hôpital et on le transfère le même jour à l'asile d'aliénés de Bel-Air. Arrivé à l'asile, il veut tout de suite sortir, frappe contre les portes et court dans la salle. Dit qu'il est champion d'Europe de boxe. Les bruits dans la salle l'énervent, il dit qu'il faut envoyer tout le monde à l'asile d'aliénés. Il se dit très riche. Mais le jour suivant il se calme et demande de retourner chez lui. Son état s'améliore de telle façon que le 8 mars 1930, il rentre chez lui, son agitation ayant complètement disparu.

En résumé, il s'agit d'un paralytique général traité par la malariathérapie dont les résultats immédiats sont très satisfaisants, surtout au point de vue psychique.

Deux mois après l'impaludation, le malade devient très agité, au point qu'on est obligé de le transférer à l'asile d'aliénés. Mais cet état est transitoire, et après trois semaines, le malade rentre chez lui, tout à fait calme.

CONCLUSIONS

Les cas d'aggravation après l'impaludation, décrits dans notre travail, posent une question importante. Les aggravations ci-dessus décrites ne sont pas de simples troubles qu'on rencontre au cours de l'évolution de la paralysie générale. Dans la description de l'évolution de cette maladie, nous avons insisté sur les faits qu'elle présente des périodes d'aggravations et de rémissions. Ce qui nous frappe dans les cas cités par les auteurs et nous-mêmes, c'est l'apparition des accidents immédiatement ou tardivement chez un paralytique général dont la maladie évoluait jusqu'à maintenant graduellement, sans changements.

Un trait caractéristique de ces aggravations dues à la malaria-thérapie est la nature même de ces accidents. Les troubles survenant au cours de la paralysie générale ne changent pas le tableau clinique de la maladie. Les malades présentent alors les mêmes symptômes qu'avant, mais ils sont beaucoup plus accentués; tandis qu'après l'impaludation, on assiste à une véritable transformation du tableau clinique et le malade évolue comme s'il était atteint d'une toute autre affection. Les hallucinations chez les malades traités se différencient de celles parfois observées chez les paralytiques généraux non traités, par le fait que les premiers gardent toujours la lucidité de leur esprit, ce qui n'est pas le cas chez les derniers.

On peut alors conclure avec certitude que les accidents observés ne sont pas de simples coïncidences. Ce ne sont pas des aggravations spontanées que le hasard a fait parvenir après le traitement malarique, mais ils sont certainement provoqués par l'impaludation.

La question du mécanisme d'action de la malaria sur le cerveau de l'impaludé reste ouverte. Vu les nombreuses gommés syphilitiques qu'on observe chez des sujets traités, certains auteurs ont émis l'hypothèse qu'il s'agissait en général de transformation de la lésion de méningo-encéphalite diffuse des paralytiques généraux en lésion de syphilis tertiaire.

L'action efficace du traitement spécifique sur les troubles présentés par les malades, semble à ces auteurs prouver la vérité de leur hypothèse. En ce qui concerne ce dernier argument, nous ne pouvons pas nous prononcer affirmativement, puisque nous avons observé, chez nos deux malades, des améliorations spontanées.

En somme, quelle que soit la nature de la lésion, les accidents observés sont bien dus à l'impaludation. Faut-il après cette constatation, qui paraîtrait assez accablante pour la malariathérapie, conclure au danger de ce traitement? Non, car il est à remarquer qu'une amélioration remarquable peut suivre la période d'aggravation, si inquiétante qu'elle puisse être, comme dans notre observation I. Malgré les décès immédiats après l'impaludation, et les aggravations durables possibles, la malariathérapie constitue un progrès incontestable sur les autres traitements jusqu'alors employés.

Les statistiques que nous avons rassemblées nous donnent jusqu'à 50 % d'améliorations, dont une grande partie de guérisons complètes. Nous ne pensons pas que le nombre des rémissions spontanées soit comparable aux résultats précités.

Il nous semble que ces chiffres plaident nettement pour l'application de ce traitement. Beaucoup de décès seront sûrement évités si l'on observe les précautions relatives aux contre-indications.

BIBLIOGRAPHIE

- GERSTMANN, J. — Zur Frage der Umwandlung des klinischen Bildes der Paralyse in eine halluzinatorisch-paranoïde Erscheinungsform im Gefolge der Malariaimpfbehandlung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1924, No 93.
- PFEIFFER. — Gummata nach Infektionsbehandlung der Paralyse. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1926, No 28.
- KIRSCHBAUM W.. — Tertiär-luische Erscheinung bei progressiver Paralyse besonders nach Malariabehandlung. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1927, No 96.
- KIHN B. — Ueber kronische paranoïde Halluzinosen nach Infektionsbehandlung der Paralytiker. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1928, No 27.
- BERTOLANI. — Syndromes Schizophréniques chez les malades traités. Cerebro 1929, No 28.
- BUVAT ET VILLEL-DESMESERETS. — Hallucinoze chez un paralytique général tabétique à la suite d'un traitement par la malaria. Société clinique de médecine mentale, 20 janvier 1930, Presse médicale 1930, No 16.
- GUIJA MORALES. — Modes de réaction psychique offerts par la malarisation spontanée ou thérapeutique. Archivos de Medicina ciruggia y especialidades, 25 janvier 1930, No 4.
- KRAYENBUHL P. — Zur Hallucinoze nach Malariabehandlung der Paralyse. Thèse : Université de Zurich, 1929.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction-Historique	5
Résultats de la Malariathérapie	6
L'action de la Malariathérapie sur la Paralyse générale	7
Evolution de la Paralyse générale	9
Les aggravations par la Malariathérapie	10
Observations personnelles No I.	17
Observations personnelles No II	21
Conclusions	24
Bibliographie	26
